

(様式 3)

平成 年 月 日

神戸機械金属健康保険組合 理事長 殿

(申請者※) 住所
氏名 印
被保険者証 記号
番号

受取代理人変更届

受取代理人の変更について下記のとおり提出いたします。

記

申請者() (以下「甲」という。) は、医療機関等である() (以下「乙」という。) を代理人と定め、平成 年 月 日付にて委任した出産育児一時金等の受領に関する権限について、乙に替えて、新たに医療機関等である() (以下「丙」という。) を代理人として定め、これを委任します。

平成 年 月 日

甲の住所

氏名 印

乙の所在地※※

名称※※ 印 電話 ()

丙の所在地※※

名称※※ 印 電話 ()

受取代理人に 対する支払金 融機関	銀行						店・本店
	信用金庫						支店・出張所
	預金 種別	1. 普 通 2. 当 座	口座 番号		口座 名義	(フリガナ)	

※「申請者」は被保険者となります。

※※「乙」・「丙」の所在地・名称については、それぞれ変更前の医療機関等・変更後の医療機関等にて記入・押印が必要です。